

Nombre del cliente _____

Número de Seguro Social/Número de identificación _____

SALUD MENTAL DEL RÍO CUMBERLAND INC. APARTADO POSTAL 568
CORBIN, KY 40702
(606) 528-7010

ACUERDO DE TARIFA DE SERVICIO

FUENTES DE PAGADORES ELEGIBLES Y SU RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Aquí se explican sus responsabilidades con respecto a su factura y a cualquier seguro u otra fuente de pago que pueda tener. Lea este acuerdo detenidamente y haga cualquier pregunta que tenga al respecto.

SEGURO:

- 1. Los servicios cubiertos por su seguro serán facturados por nuestra agencia a su compañía de seguros.
- 2. Usted será responsable de pagar cualquier copago o deducible. Los clientes residentes en el estado de Kentucky podrían optar a una tarifa reducida según su tarifa de autopago. El monto adeudado se calculará al momento del servicio y el pago deberá realizarse en ese mismo momento.
- 3. Usted será responsable de su tarifa de pago personal (ver a continuación) de los servicios no cubiertos por su seguro.
- 4. Debe presentar a nuestra agencia todos los PAGOS y la EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS o FALTA DE PAGO que reciba de su compañía de seguros. Si no presenta a nuestra agencia los pagos del seguro u otros documentos que reciba de la compañía de seguros, será responsable del pago total de los servicios prestados.
- 5. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Es importante que...
Comprenda sus disposiciones. No podemos garantizar el pago de sus reclamaciones. La reducción o el rechazo de su reclamación por parte de su compañía de seguros no exime de la obligación financiera que ha contraído.

SEGURO DE ENFERMEDAD:

- 1. Los servicios cubiertos por Medicaid serán facturados por nuestra agencia a Medicaid.
- 2. Nuestra agencia aceptará el pago de Medicaid como pago completo, excepto los montos de ingresos continuos. Usted será responsable de todos los montos adeudados por la reducción de gastos y los ingresos continuos, según lo determine Medicaid.
- 3. Usted será responsable de presentar prueba de elegibilidad (tarjeta de Medicaid actualizada) al momento del servicio.

PAGO PROPIO:

- 1. Todos los clientes son responsables de pagar a nuestra agencia el cargo total por los servicios prestados.
- 2. Los clientes que residen en el estado de Kentucky pueden solicitar una tarifa reducida, según el tamaño de la familia y el monto de los ingresos (se requiere comprobante de ingresos) de la persona responsable del pago.

SOLO PARA CLIENTES DE SEGUROS:

- 1. Autorizo a CRBH a comunicarse con el suscriptor de la póliza de seguro según sea necesario.
- 2. Autorizo el pago de beneficios médicos a CRBH por los servicios prestados.
- 3. Autorizo la divulgación de la información necesaria para procesar mi reclamo.

COSTO DEL SERVICIO:

- 1. Paciente _____
- ambulatorio: \$ 2. _____
- Residencial: \$ 3. Evaluación para conducir bajo la influencia del alcohol: \$ 4. Evaluación para la Clínica Suboxone: _____
- \$ 5. Clases para padres: \$ 6. _____
- Gestión de casos: \$ 7. Paciente externo intensivo: \$ 8. Otros servicios: \$ Descripción de _____

otros servicios:

Nombre del cliente _____

Número de Seguro Social/Número de identificación _____

CERTIFICACIÓN DE INGRESOS:

Por la presente, declaro que mis ingresos familiares son los que figuran en la solicitud original de servicios y/o actualizaciones posteriores.

Ya sea que firme como cliente o como responsable, he leído, comprendido y acepto el acuerdo de honorarios por servicios mencionado anteriormente. Garantizo el pago de todos los cargos a este cliente. Entiendo que no se programarán más citas para el cliente hasta que se hayan pagado todos los montos adeudados.

Este Acuerdo de Honorarios por Servicios se revisará anualmente o según lo considere necesario la agencia. Al firmar a continuación, también indico que he recibido una copia de este formulario que indica mi fuente de pago y el monto a pagar en cada visita.

Firma del cliente

Firma del responsable

Fecha

DENEGACIÓN DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS: POR LA PRESENTE DECLARO QUE ME NIEGO A DIVULGAR MIS INGRESOS FAMILIARES Y ENTiendo QUE AL NEGAR LA DIVULGACIÓN, RENUNCIO A MI ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR SERVICIOS QUE NO SEAN LOS DE CRISIS LIMITADA SERVICIOS CON CUMBERLAND RIVER BEHAVIORAL HEALTH.

Firma del cliente

Firma del responsable

Fecha

Firma del testigo

Número de Seguro Social de la Parte Responsable

Fecha